

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1956

N°

THÈSE

753

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

M. FAUCHOIS Daniel-Georges

né le 8 Février 1927, à Paris (14^e)

~~~~~

Présentée et soutenue publiquement le

1956

~~~~~

ERYTHÈME NOUEUX

ET

LYMPHORÉTICULOSE BÉNIGNE

D'INOCULATION

~~~~~

Président : Monsieur CATHALA, Professeur



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : FAUCHOIS

Prénoms ..... : Daniel, Georges

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre ..... :

1

FAUCHOIS (Daniel, Georges).

- Erytheme noueux et lymphoréticulose bénigne d'inoculation. -

Paris 1956, in-4°, 54 Pages  
(Thèse médecine (Et.))

Paris 1956

N°

)

3

FAUCHOIS (Daniel, Georges).

- Erythème noueux et lymphoréticulose bénigne d'inoculation. -

Paris 1956, in-4°, 54 Pages  
(Thèse médecine (Et.))

Paris 1956

N°

)

2

FAUCHOIS (Daniel, Georges).

- Erythème noueux et lymphoréticulose bénigne d'inoculation. -

Paris 1956, in-4°, 54 Pages  
(Thèse médecine (Et.))

Paris 1956

N°

)

4

FAUCHOIS (Daniel, Georges).

- Erythème noueux et lymphoréticulose bénigne d'inoculation. -

Paris 1956, in-4°, 54 Pages  
(Thèse médecine (Et.))

Paris 1956

N°

)



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1956

N° \_\_\_\_\_

THESE  
pour le  
DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplome d'Etat)

PAR

M. FAUCHOIS Daniel, Georges  
né le 8 Février 1927, à Paris 14ème

Présentée et soutenue publiquement le I956

ERYTHEME NOUEUX  
ET  
LYMPHORETICULOSE BENIGNE  
D'INOCULATION

Président : Monsieur CATHALA, Professeur

IR. A. J. VAN DER WOUDE

1881

1881

IR. A. J. VAN DER WOUDE

(I)

IR. A. J. VAN DER WOUDE

IR. A. J. VAN DER WOUDE



IR. A. J. VAN DER WOUDE

IR. A. J. VAN DER WOUDE

IR. A. J. VAN DER WOUDE

IR. A. J. VAN DER WOUDE

1881

# DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Bénard (H.) Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinet, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.) Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.) Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... Léon BINET (Membre de l'Institut)

ASSESEUR ..... Jean VERNE

### I - PROFESSEURS

|                                                                  |                           |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Anatomie .....                                                   | MM. CORDIER (G.)          |
| Anatomie pathologique .....                                      | DELARUE (A.)              |
| Bactériologie .....                                              | N ..                      |
| Biologie appliquée à l'Education Physique<br>et aux Sports ..... | CHAILLEY-BERT (P.)        |
| Biologie médicale .....                                          | VERNE (J.)                |
| Cancérologie médicale et sociale .....                           | N ..                      |
| Carcinologie .....                                               | OBERLING (C.)             |
| Chimie médicale .....                                            | JAYLE (M.F.)              |
| Cliniques chirurgicales ...                                      | ( Hôtel-Dieu ...          |
|                                                                  | ( Broussais ....          |
|                                                                  | ( Salpêtrière ..          |
|                                                                  | ( Cochin ..... QUENU (J.) |
| Clinique chirurgicale réparatrice et<br>Horthopédique .....      | MERLE d'AUBIGNE (R.)      |
| Clinique de cardiologie .....                                    | MOUQUIN (M.)              |
| Clinique de chirurgie infantile et<br>d'orthopédie .....         | FEVRE (M.)                |
| Clinique de chirurgie pleuro pulmonaire ...                      | MONOD (R.)                |
| Clinique de la tuberculose .....                                 | BERNARD (E.)              |
| Clinique de neuro chirurgie .....                                | PETIT-DUTAILLIS (D.)      |
| Clinique de puériculture .....                                   | LELONG (M.)               |
| Clinique des maladies cutanées et<br>syphilitiques .....         | DEGOS (R.)                |
| Clinique des maladies du sang .....                              | CHEVALLIER (P.)           |
| Clinique des maladies du système nerveux ..                      | ALAJOUANICE (T.)          |
| Clinique des maladies des enfants .....                          | DEBRE (R.)                |
| Clinique des maladies infectieuses .....                         | MOLLARET (P.)             |
| Clinique des maladies mentales et de<br>l'encéphale .....        | DELAY (J.)                |



|                                                                                   |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Clinique gynécologique .....                                                      | MM. FUNCK-BRENTANO (P.)        |
| ( Hôtel-Dieu ...                                                                  | N ..                           |
| Cliniques médicales ..... { Bichat .....                                          | N ..                           |
| ( Cochin .....                                                                    | MOREAU (R.)                    |
| ( Broussais ....                                                                  | de GENNES (L.)                 |
| Clinique médicale d'hydro-climatologie<br>thérapeutique .....                     | JUSTIN-BESANÇON (L.)           |
| Clinique médicale propédeutique .....                                             | PASTEUR-VALLERY-<br>RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et<br>des maladies de la nutrition ..... | BOULIN (R.)                    |
| ( Tarnier .....                                                                   | LANTUEJOUL (P.)                |
| Cliniques obstétricales { Baudelocque ...                                         | N ..                           |
| ( Port-Royal ....                                                                 | LACOMTE (M.)                   |
| Clinique ophtalmologique .....                                                    | VELTER (E.)                    |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                           | AUBIN (A.)                     |
| Clinique physio-pathologique des problèmes<br>alimentaires .....                  | RICHET (C.)                    |
| Clinique psychiatrique infantile .....                                            | HEUYER (C.)                    |
| Clinique rhumatologique et sociale .....                                          | COSTE (F.)                     |
| Clinique stomatologique .....                                                     | DECHAUME (M.)                  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                                         | SENEQUE (J.)                   |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                             | LEMAIRE (A.)                   |
| Clinique urologique .....                                                         | FEY (B.)                       |
| Embryologie .....                                                                 | GIROUD (A.)                    |
| Génétique médicale .....                                                          | LAMY (M.)                      |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie                                        | N ..                           |
| Histologie .....                                                                  | N ..                           |
| Hygiène et clinique de la première enfance                                        | CATHALA (J.)                   |
| Hygiène et médecine préventive .....                                              | JOANNON (C.)                   |
| Médecine du travail .....                                                         | DESOILLE (H.)                  |
| Médecine légale .....                                                             | PIEDELIEVRE (R.)               |
| Parasitologie et histoire naturelle<br>médicale .....                             | GALLIARD (H.)                  |
| Pathologie chirurgicale .....                                                     | MENEGAUX (G.)                  |
| Pathologie exotique .....                                                         | LAVIER (G.)                    |
| Pathologie expérimentale et comparée ....                                         | LENEGRE (J.)                   |
| Pathologie humorale et immunologie<br>expérimentale (chaire à titre personnel)    | MERKLEN (F.P.)                 |
| Pathologie médicale .....                                                         | BARIETY (M.)                   |
| Pathologie et thérapeutique générales ...                                         | GARCIN (J.)                    |
| Pédiatrie sociale .....                                                           | MARIE (J.)                     |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                           | HAZARD (R.)                    |
| Physico-chimie médicale (chaire à titre<br>personnel) .....                       | DOGNON (A.)                    |
| Physiologie .....                                                                 | BINET (L.)                     |



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552424\\_0005](https://archive.org/details/IA41552424_0005)

|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| Physique médicale .....      | MM. STROHL (A.) |
| Radiologie médicale .....    | DESGREZ (H.)    |
| Technique chirurgicale ..... | MOULONGUET (P.) |
| Thérapeutique .....          | TURPIN (R.)     |

## II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

### MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

|                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie .....                      | ( MM. DELMAS (A.) pr.s.ch. |
|                                     | ( DEBEYRE (J.)             |
|                                     | ( OLIVIER                  |
|                                     | ( N ..                     |
|                                     | ( GAUTHIER-VILLARD Mlle    |
| Anatomie pathologique .....         | ( (pr.s.ch.)               |
|                                     | ( BUSSER (F.)              |
|                                     | ( GOUYOU (Ch.)             |
| Bactériologie .....                 | ( NEVOT (A.)               |
|                                     | ( N ..                     |
|                                     | ( ETTORI (J.)              |
| Biochimie médicale .....            | ( (prof.s.ch.)             |
|                                     | ( N ..                     |
|                                     | ( N ..                     |
| Biologie médicale .....             | BOURLIERE (F.)             |
| Dermato-syphiligraphie .....        | DUPERRAT (F.)              |
| Embriologie .....                   | TUCHMANN                   |
|                                     | ( BULLIARD (H.)            |
| Histologie .....                    | ( (prof.s.ch.)             |
|                                     | ( N ..                     |
| Hydrologie .....                    | N ..                       |
|                                     | ( BOYER (J.)               |
| Hygiène .....                       | ( (prof.s.ch.)             |
|                                     | ( DEPARIS (M.)             |
|                                     | ( (prof.s.ch.)             |
| Maladies infectieuses .....         | N ..                       |
|                                     | ( DEROBERT (L.)            |
|                                     | ( (prof.s.ch.)             |
| Médecine légale et du travail ..... | ( GAULTIER (M.)            |
|                                     | ( HADENGUE (A.)            |
|                                     | ( N ..                     |
| Neurochimie .....                   | DAVID (N.)                 |



|                                |   |                   |
|--------------------------------|---|-------------------|
| Neurologie                     |   | N ..              |
|                                | ( | MM. GRASSET (J.)  |
|                                | ( | LEPAGE (F.)       |
| Obstétrique .....              | ( | MERGER (R.)       |
|                                | ( | MORIN (P.)        |
|                                | ( | RAVINA (G.)       |
|                                | ( | N ..              |
| Ophthalmologie .....           | ( | DESVIGNES P.      |
|                                | ( | N ..              |
| Orthopédie .....               |   | JUDET R.          |
|                                | ( | AUBRY (M.)        |
| Oto-rhino-laryngologie .....   | ( | MADURO (R.)       |
|                                | ( | CHABAUD (A.)      |
| Parasitologie .....            | ( | N ..              |
|                                | ( | ABOULKER (P.)     |
| Pathologie chirurgicale .....  | ( | BAUMANN (J.)      |
|                                | ( | GOSSET (J.)       |
|                                | ( | LAURENCE (G.)     |
|                                | ( | LORTAT-JACOB (J.) |
|                                | ( | OLIVIER (Cl.)     |
| Pathologie chirurgicale .....  | ( | POILLEUX (F.)     |
|                                | ( | VERNE (J.M.)      |
|                                | ( | N ..              |
|                                | ( | N ..              |
| Pathologie expérimentale ..... | ( | N ..              |
|                                | ( | N ..              |
|                                | ( | BERNARD (J.)      |
|                                | ( | BOUDIN (G.)       |
|                                | ( | CASTAIGNE (P.)    |
|                                | ( | CONTE (M.)        |
|                                | ( | DOMART (A.)       |
|                                | ( | LAMOTTE (M.)      |
|                                | ( | LAROCHE (Cl.)     |
| Pathologie médicale .....      | ( | MILLIEZ (P.)      |
|                                | ( | PEQUIGNOT (H.)    |
|                                | ( | PERRAULT (M.)     |
|                                | ( | RAMBERT (P.)      |
|                                | ( | THIEFFRY (St.)    |
|                                | ( | TURIAT (J.)       |
|                                | ( | N ..              |
|                                | ( | N ..              |
|                                | ( | JOSEPH (R.)       |
| Pédiatrie .....                | ( | N ..              |
|                                | ( | N ..              |



|                             |   |                        |
|-----------------------------|---|------------------------|
| Pharmacologie .....         | ( | MM. CHEYMOL (Pr.s.ch.) |
|                             | ( | LEVY (Mlle) Pr.s.ch.   |
|                             | ( | BARJETON (D.) Pr.s.ch. |
| Physiologie .....           | ( | PARROT (J.) Pr.s.ch.   |
|                             | ( | DEJOURS (P.)           |
| Physique médicale .....     | ( | DJOURNO (A.) pr.s.ch.  |
|                             | ( | GOUGEROT (L.)          |
| Pneumo-phtisiologie .....   |   | KREIS (B.)             |
| Psychiatrie .....           |   | N ..                   |
| Psychiatrie infantile ..... |   | MICHAUX (Z.)           |
| Rhumatologie .....          |   | N ..                   |
|                             | ( | CHAPUT (Mme A.)        |
| Stomatologie .....          | ( | CERNEA (P.)            |
| Thérapeutique .....         |   | N ..                   |
| Urologie .....              |   | KUSS (R.)              |

### III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

#### CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

|                             |   |                        |
|-----------------------------|---|------------------------|
|                             | ( | MM. AMELINE (A.)       |
|                             | ( | HUGUIER                |
|                             | ( | LEGER (L.)             |
| Clinique chirurgicale ..... | ( | PADOVANI (P.)          |
|                             | ( | PATEL (J.)             |
|                             | ( | ROUX (M.)              |
|                             | ( | RUDLER (J.C.)          |
|                             | ( | SICARD (A.)            |
|                             | ( | BROUET (G.)            |
|                             | ( | N ..                   |
|                             | ( | DECOURT (J.)           |
|                             | ( | DREYFUS (Gilbert)      |
|                             | ( | FAUVERT (R.)           |
| Clinique médicale .....     | ( | HAGUENAU (M.) Pr.s.ch. |
|                             | ( | HLIBURGER (J.)         |
|                             | ( | KOURILSKY (R.)         |
|                             | ( | MARCHAL (G.)           |
|                             | ( | SOULIE (E.)            |



|                                |   |                  |
|--------------------------------|---|------------------|
| Clinique obstétricale .....    | ( | MM. ESCALLE (G.) |
|                                | ( | MAYER (M.)       |
|                                | ( | VARRINGOT (J.)   |
| Clinique ophtalmologique ..... | ( | OFFRET (G.)      |
|                                | ( | RENAUD (G.)      |
| Clinique urologique .....      |   | COUVELAIRE (R.)  |

---

|                                        |                       |
|----------------------------------------|-----------------------|
| Secrétaire général de la Faculté ..... | M. MOREL (J.)         |
| Secrétaire .....                       | Mlle CHAINTREUIL (G.) |

---

|                                           |                         |
|-------------------------------------------|-------------------------|
| Conservateur, chargé de la direction .... | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateur .....                        | Mlle GOICHON            |
| Bibliothécaires .....                     | ( Mlles DULITRE (P.)    |
|                                           | ( LAURENT (H.)          |
|                                           | ( LE NOIR (G.)          |
|                                           | ( QUIEVREUX (E.)        |

---

\* Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA

Professeur d'Hygiène et de Clinique

de la première enfance à la Faculté  
de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
thèse

Hommage de notre profond respect.



A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur MARQUEZY

Médecin des Maladeux.

Qui a bien voulu nous  
suggérer ce travail et nous  
guider de ses précieux conseils

Qu'il trouve ici, l'expression  
de notre respectueuse admiration  
et notre vive reconnaissance.



A MES MAITRES  
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS



ERYTHEME NOUEUX  
E T  
LYMPHORETICULOSE BENIGNE  
D ' I N O C U L A T I O N



## I N T R O D U C T I O N

La nature de l'érythème noueux a été discuté de longue date et bien que l'étiologie tuberculeuse paraisse le plus souvent devoir être retenue avec certitude, il n'en reste pas moins vrai que la tuberculose n'explique pas tout, et que d'autres étiologies peuvent être invoquées et vérifiées.

C'est ainsi que récemment, à la suite de l'introduction dans les chapitres de la pathologie infectieuse, d'une nouvelle maladie "la lymphoréticulose bénigne d'inoculation" certains auteurs publièrent des cas d'érythèmes noueux survenant au cours de cette maladie, donnant ainsi un regain d'intérêt, d'une part à la pathogénie de l'érythème noueux, d'autre part intérêt diagnostique de la lymphoréticulose bénigne.

Nous avons donc pensé qu'il pourrait être intéressant de rassembler les quelques observations de malades qui présentaient en même temps qu'une lymphoréticulose bénigne d'inoculation, un érythème noueux. Association relativement fréquente puisqu'il en existe déjà près d'une dizaine de cas publiés.



Rappel historique. -

Bien que sans doute très ancienne, cette affection n'a été reconnue, isolée et classée qu'au début de 1950.

C'est à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, au début de l'année 1950, que MM DEBRE R. - LAMY M. - Melle JAMET L. - MM. COSTIL ET MOZZICONACCI P. publièrent un mémoire sur la "maladie des griffes de chat".

En même temps, MM. MOLLARET P. - REILLY J. - BASTIN R. et TOURNIER P. présentent un cas d'une "adénopathie régionale subaigüe et spontanément curable avec une intradermo-réaction et lésions ganglionnaires particulières".

Par la suite, les mêmes auteurs décrivent l'aspect histologique particulier des ganglions infectés, caractérisé essentiellement par une hyperplasie considérable du tissu réticulé.

Puis, à la fin de l'année 1950, ils décrivent une réaction de fixation du complément. Enfin, ils annoncent l'isolement du virus responsable.

- son inoculabilité à certains cercopithèques
- sa mise en évidence directe sous forme de granulo-corpuscule dans les ganglions infectés de l'homme et du singe après coloration du Giemsa.



C'est alors que furent publiées différentes formes cliniques de lymphoréticulose bénigne, principalement des formes accompagnées d'éruptions cutanées et en particulier, M. WEILL J. et Melle BLAS F. présentent le 12 Octobre 1951 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris un cas d'"érythème noueux et griffures de chat".

Puis des cas semblables furent alors présentés :

- celui de M. MEYER A - HESSE J.C. et TABARY J.C.

- deux cas observés par MM. MARQUEZY R.A. - BACH J. et BLAMOUTIER "érythème noueux et lymphoréticulose bénigne"

- MM. J.A. ROUX - FONTAN - MAN H.X. - MARTIN C.L. et Melle MOULY apportèrent chacun la preuve de la fréquence de cette association, ce qui fait près d'une dizaine de cas dont on pourra trouver les références dans la bibliographie.

Tout récemment, il nous a été donné d'en observer un cas dans le service de M. MARQUEZY à l'Hôpital Trousseau.



Rappel des principales manifestations cliniques de la lympho-  
réticulose bénigne d'inoculation.

Il s'agit d'une maladie ganglionnaire localisée, secondaire à une inoculation et dûe à un virus.

Habituellement, le jeune malade (plus des trois-quarts des cas sont des enfants ou de jeunes adultes) est amené à consulter pour :

- une légère atteinte de l'état général, fébricule à 37°8/38°5,
- une adénopathie subaigüe dont le volume croît progressivement parfois accompagnée d'une lésion cutanée dans le territoire ganglionnaire correspondant, ce qui oriente beaucoup le diagnostic.

L'adénopathie s'est développée progressivement :

- le plus souvent indolente
- cervicale, maxillaire, épitrochléenne, axillaire, inguinale
- dans la majorité des cas, il s'agit d'un ganglion unique sans périadénite.
- si la tendance à la suppuration paraît habituelle, la ponction évite la fistulisation.



- pas d'adénopathie dans les autres territoires ganglionnaires
- la rate et le foie ne sont pas palpables.
- la formule sanguine révèle entre 10.000 et 15.000 leucocytes sans polynucléose notable.
- la vitesse de sédimentation est de l'ordre de 50 pour la première heure.
- il arrive que l'on retrouve une petite lésion cutanée que l'on peut reconnaître comme étant la porte d'entrée. Cette lésion initiale consiste habituellement en une zone érythémateuse sur laquelle on trouve une petite excoriation ou une vésicule, voire une pustule.

Le diagnostic étant évoqué, on le confirmera en pratiquant une intradermo-réaction avec l'antigène spécifique de M. REILLY.

La réponse sera positive dans les 48 à 72 heures et restera lisible plusieurs heures et même quelques jours.

De plus, il pourra pratiquement toujours être mis en évidence le contact répété du malade avec un ou plusieurs chats, et retrouver la notion de griffures remontant à quelques semaines.

Par surcroît, il sera utile pour étayer les faits, d'examiner les frères et soeurs et les personnes vivant au foyer familial, et de leur faire une intradermo-réaction à l'antigène spécifique, les cas familiaux s'étant révélés très fréquents.



L'évolution se fera vers une régression spontanée de l'adénopathie en quelques semaines. Selon certains auteurs, elle pourrait être écourtée grâce à la thérapeutique antibiotique : auréomycine ou terramycine.

De toutes façons, même si'il y a fistulisation, la lymphoréticulose bénigne d'inoculation, est essentiellement une maladie bénigne et toujours spontanément curable.

#### PRINCIPALES FORMES CUTANÉES DE LA LYMPHORETICULOSE BENIGNE -

Différentes éruptions accompagnant la lymphoréticulose bénigne ont été décrites. Signalons :

- une éruption polymorphe : Observation de M. LAPORTE.  
Il s'agissait d'une malade qui a présenté une adénopathie accompagnée de température. Puis est apparu quinze jours après :
  - une éruption formée de plaques érythémateuses des pommettes et du nez,
  - de placards érythémateux non infiltrés sur le front
  - et sur les membres inférieurs d'éléments polymorphes faits de papules et de vésicules ainsi que de quatre éléments érythémateux ovalaires non enchâssés dans le derme, non douloureux et s'effaçant à la traction.



Une réaction focale au niveau de l'éruption déclenchée par l'intradermo-réaction de REILLY a permis de rattacher sans aucun doute cette éruption à la lymphoréticulose bénigne.

On peut donc ainsi éliminer la possibilité de deux affections évoluant simultanément (intolérance médicamenteuse et tuberculeuse en particulier).

- une éruption scarlatiniforme. Cas de MM. MOLLARET & REILLY

- éruption de type scarlatiniforme discrète, mais généralisée avec

-adénopathie cervicale et cuti-réaction spécifique, phlycténulaire. Par ailleurs, radio thoracique normale quoique des ombres médiastinales faisaient suspecter une adénopathie profonde.

- une éruption maculeuse fugace de quatre jours. Publication des mêmes auteurs.

-adénopathies { (prétragienne  
                  (sous angulo-maxillaire  
                  (cervicale

suivies dans les dix jours d'éruption maculeuse, qui ne persistera que quatre jours

La date d'apparition de ces exanthèmes semble coïncider avec l'acmé des phénomènes locaux, c'est-à-dire environ au maximum de l'évolution ganglionnaire, au moment où l'adénopathie va :

- soit se fistuliser les jours suivants



- soit évoluer vers la résorption.

-Enfin, plusieurs cas d'érythèmes noueux ont été signalés.

Cette forme cutanée accompagnant la lymphoréticulose bénigne nous est apparue particulièrement intéressante à étudier, surtout en considération du fait que parmi les éruptions cutanées s'extériorisant au cours de la maladie des griffes de chat, l'érythème noueux paraît être de beaucoup le plus fréquent puisque déjà plus d'une dizaine de cas ont été observés. De plus, ces érythèmes noueux typiques dans leur symptomatologie peuvent à un moment faire errer le diagnostic vers une primo-infection tuberculeuse et il est intéressant de considérer comment on est amené à faire le diagnostic de lymphoréticulose bénigne en présence de de ces érythèmes noueux. Enfin, notre attention a été attirée vers cette association clinique parce qu'il nous a été donné d'en observer trois cas chez M. MARQUEZY, à l'Hôpital Trousseau.

Voici ces observations :

OBSERVATION N° I -

L'enfant Roger GI.... 10 ans, hospitalisé dans le service de chirurgie voisin pour une adénite inguinale subaiguë, est transféré dans notre service le 1er Avril 1952 devant l'apparition secondaire d'un érythème noueux.

Il s'agit d'un érythème noueux typique, localisé au niveau des deux jambes, constitué d'une part d'éléments noueux, enchâssés dans le derme, ecchymotiques, sensibles à la pression, d'autre part d'éléments plus petits d'aspect assez polymorphe.



L'adénite inguinale droite qui avait motivé l'hospitalisation trois semaines auparavant, date en fait de trois mois. Elle apparaît sous forme d'une masse douloureuse à la pression, constituée par deux ou trois ganglions liés par de la périadénite.

Une incision pratiquée quinze jours auparavant ne donne issue qu'à une petite quantité d'un pus amicrobien, contenant des polynucléaires peu altérés.

Le reste de l'examen ne montre qu'un élément papulo-croûteux au niveau du mollet droit, d'ailleurs en voie de guérison, qui serait apparu une à deux semaines après l'adénopathie.

Les autres aires ganglionnaires sont normales.

Le foie et la rate ne sont pas palpables.

L'état général de l'enfant est satisfaisant.

La température est cependant un peu dénivelée avec un fébricule entre 37°5/38°.

La vitesse de sédimentation est accélérée : 40-80-105.

Un examen hématologique donne les résultats suivants :

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| - Hématies .....     | 4.600.000 |
| - Leucocytes .....   | 18.200    |
| - Poly. Neutro. .... | 65 %      |



|                    |       |
|--------------------|-------|
| - Eosino .....     | 8 %   |
| - Baso .....       | 0,5 % |
| - Grd. lympho. ..  | 8,5 % |
| - Petit lympho. /. | 4,5 % |
| - Monocytes .....  | 13 %  |
| - Plasmocytes ...  | 0,5 % |

Contre notre attente, les réactions tuberculiniques, cuti-réaction, intradermo-réaction à 10 et 50 unités, déjà pratiquées d'ailleurs auparavant, reste négatives.

Le cliché du thorax est normal.

Par contre, une intradermo-réaction avec l'antigène de REILLY est franchement positive.

L'évolution d'ailleurs reste très lente.

Si l'érythème nouveau s'efface en une dizaine de jours, l'adénopathie ne diminue que très lentement pendant les six semaines de l'hospitalisation, peu influencée, semble-t-il, par un traitement prolongé par la terramycine, puis l'auréomycine.

#### OBSERVATION N° 2 -

Annie L. ... 10 ans, entre dans le service le 2 mai 1955 pour un érythème nouveau apparu deux jours auparavant.

L'éruption a été précédée par une phase prodromique d'une semaine, marquée par de la fatigue générale, inappétence, somnolence diurne, et plus récemment, par des douleurs articulaires et



musculaires au niveau des mollets.

A son entrée, l'enfant paraît pâle, fatiguée, la température est à 38°5, on note une discrète hyperhémie conjonctivale, sans élément phlycténulaire.

L'érythème noueux est typique : nodosités rouge violacé, largement enchâssées dans le derme, douloureuses à la palpation, siégeant à la face interne des deux jambes.

Au-dessus sur le tiers inférieur de la cuisse, existent des éléments uniquement papuleux, les plus petits (pièce de 50 centimes et moins), non douloureux.

Les jours suivants, cet érythème noueux frappe par la richesse des éléments (au niveau des jambes, les nouures confluent en une vaste nappe enchâssée et douloureuse; par son extension, des nouures apparaissent au niveau des avant-bras et des bras) et frappe aussi par le polymorphisme de l'éruption : à côté des nouures, apparition d'éléments maculeux, papuleux, en cocardes à centre clair ou circiné.

L'examen complet de l'enfant met en évidence des adénopathies très particulières par leur topographie sus-épitrochléenne droite deux ganglions de la taille d'une noisette et axillaire droite trois ganglions dont un de la taille d'une noix. Ces ganglions sont fermes, sans périadénite, légèrement sensibles à la pression.



Ces adénopathies font découvrir au niveau de l'auriculaire droit une tuméfaction périunguëale peu douloureuse et à la partie moyenne de celle-ci une excoriation linéaire.

Les autres aires ganglionnaires sont normales.

Le foie et la rate ne sont pas palpables.

Le diagnostic d'érythème noueux par lymphoréticulose bénigne d'inoculation est assitôt évoqué , et on apprend que l'enfant est en contact avec un chat avec lequel elle joue fréquemment.

Les examens complémentaires devaient confirmer ce diagnostic : cuti-réaction à la tuberculine négative ainsi que l'intradermo-réaction à 50 unités.

Cliché du thorax strictement normal.

Par ailleurs, l'intradermo-réaction à l'antigène spécifique (fournie par le Dr. REILLY) se révèle très positive à la soixante douzième heure reproduisant une nouure qui persiste longtemps après la disparition de toute éruption cutanée.

L'hémogramme montre :

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| - Globules rouges....      | 4.260.000  |
| - Globules blancs ...      | 12.600     |
| - Poly. Neutro. ....       | 67 %       |
| - Poly. Eosino. ....       | 2 %        |
| - Grd. lympho. ....        | 16 %       |
| - Petit lympho. ....       | 4 %        |
| - Monocytes .....          | 9 %        |
| - Vitesse de sédimentation | 65-98-130. |



En l'absence de toute thérapeutique, la température se maintient huit jours au-dessus de 38°; période d'extension de l'érythème nouveau, puis retombe en lysis à 37° en cinq jours.

L'enquête familiale, chez trois des six autres enfants, a permis de retrouver les anomalies suivantes :

1) - Lucienne, 6 ans : griffures au niveau de l'avant-bras et adénopathies axillaires droites et trapéziennes droites, peu volumineuses.

Intradermo-réaction positive

2) - Roger, 4 ans : quelques griffures sur la figure et l'avant-bras, chaîne trapézienne droite.

Intradermo-réaction très positive

3) - Michel, 11 ans : deux volumineux ganglions épitrochléens droites, ganglions axillaires bilatéraux. Nombreuses traces de griffures.

Intradermo-réaction positive

Ces deux observations d'érythème nouveau avec réactions tuberculiniques négatives, doivent être rapportées à la lymphoréticulose bénigne d'inoculation comme en apporte la preuve, la réaction positive avec l'antigène spécifique.



OBSERVATION N° 3 -

L'enfant LEB.... William, âgé de 14 ans est admis à l'Hôpital Trousseau le 5 Décembre 1955 dans le service de chirurgie pour adénopathie sous-maxillaire et jugulo-cervicale droite évoluant depuis deux semaines, sans manifestation inflammatoire latente.

Cette adénite apparaît sous la forme d'une masse confluyente cervico-maxillaire dans laquelle on peut distinguer un gros ganglion sous-maxillaire du volume d'une noix, fluctuante et douloureux à la pression, entouré d'une zone de péri-adénite et de plusieurs petits ganglions non-douloureux, non fluctuants et mobiles. Les téguments soulevés par l'ensemble de cette masse ganglionnaire sont de coloration normale. Cette adénite s'accompagne d'une fièvre élevée entre 39° et 40°, et le reste de l'examen somatique est négatif.

La gorge est propre, aucun antécédent oto-rhino-pharyngé n'est signalé.

Les autres aires ganglionnaires sont normales, le foie et la rate ne sont pas palpables.

L'enfant est alors adressé à la consultation de stomatologie où l'on découvre une grosse infection de la deuxième grosse molaire inférieure droite, s'accompagnant de gingivite et où l'on conclut de ce fait, à une adénite probablement d'étiologie dentaire.



Des examens complémentaires sont néanmoins pratiqués.

Un examen hématologique donne les résultats suivants :

- Hématies ..... 4.460.000
- Leucocytes ..... 5.600
- Polynucléaires... 62 %
- Grd. Lympho. .... 27 %
- Petit lympho. ... 9 %
- Monocytes ..... 2 %
- Vitesse de sédimentation = normale
- Cuti-réaction = négative.

- Enfin, la ponction ganglionnaire a ramené

un pus amicrobien contenant des polynucléaires peu altérés.

L'interprétation de ces différents résultats n'a pas alors conduit à envisager une autre étiologie possible, ni à modifier la thérapeutique établie par la consultation de stomatologie, à savoir :

- érythromycine (6,70) et tétra-vaccin antipyogène de l'Institut Pasteur par voie générale
- acide trichloracétique localement.

Sous l'influence de ce traitement, on assiste à une défervescence thermique bien que la température reste un peu dénivellée avec quelques fébricules à 37°5/38°.

Localement, les signes de périadénites diminuent, l'empâtement également, mais l'ensemble de l'amas ganglionnaire reste inchangé.



C'est alors que le 13 Décembre, soit huit jours après son hospitalisation, apparaît, accompagnée d'une recrudescence thermique à 38°5, d'une pâleur et d'une fatigue plus importante, de douleurs musculaires au niveau des mollets, une éruption siégeant sur les deux jambes, symétrique tibiale antérieure, présentant les caractéristiques d'un érythème noueux typique, fait de nodules nettement enchâssés dans le derme, de coloration variable, de rose au rouge violacé, sensibles à la pression, siégeant sur la face interne des deux jambes. L'érythème noueux va évoluer en 5 à 6 jours, après avoir décrit le cycle coloré caractéristique.

La température reste élevée pendant toute la durée de son évolution, huit jours après, toute trace d'éruption a disparu.

Dès l'apparition de cette éruption, le diagnostic de lymphoréticulose bénigne est évoqué, et un interrogatoire plus serré permet de révéler qu'au cours des vacances d'été, l'enfant était à la campagne et jouait souvent avec un jeune chat.

Pour confirmer le diagnostic, des examens complémentaires sont prescrits, et en particulier sont pratiqués simultanément :

- une intradermo-réaction à 50 unités à la tuberculine à un bras (la cuti avait été négative à l'entrée)
- une intradermo-réaction à l'antigène de REILLY à l'autre bras.

Seule, l'intradermo-réaction à la lymphoréticulose bénigne se révèle très positive 3 jours après (large nodule violacé de plus d'un centimètre).



L'intradermo-réaction à la tuberculine à 50 unités reste négative.

Par ailleurs, le cliché du thorax est normal.

Un nouvel examen hématologique donne les résultats suivants :

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| - Hématies .....     | 4.210.000 |
| - Leucocytes .....   | 11.200    |
| - P.N. ....          | 66 %      |
| - P.E. ....          | 2 %       |
| - Grd. lympho. ....  | 26 %      |
| - Petit lympho. .... | 1 %       |
| - Monocytes .....    | 5 %       |

Les résultats de l'enquête étiologique sont alors transmis à la consultation de stomatologie qui prescrit l'arrêt de l'érythromycine, incise à nouveau un des ganglions devenus très fluctuants avec modification de la peau et menacé de fistulisation, et ordonne un traitement à base de Terramycine par voie générale et localement dans le trajet fistulaire du ganglion.

Le traitement n'amène que très lentement une régression progressive des adénopathies, et un tarissement des fistules de drainage.

L'enfant sort du service plus d'un mois après son hospitalisation encore porteur d'une masse sous-maxillaire relativement importante.



EN RESUME -

Il s'agit d'un garçon de 14 ans, porteur d'un volumineux paquet ganglionnaire maxillo-cervical, d'évolution subaigue, d'abord rapporté à une infection dentaire évidente et chez lequel l'apparition d'un érythème noueux typique a fait porter le diagnostic des lymphoréticulose bénigne d'inoculation, diagnostic confirmé par l'intradermo-réaction spécifique à l'antigène de REILLY.

A la suite de ces trois cas, nous avons recherché dans la littérature les observations semblables qui ont été publiées. Nous avons trouvé en particulier celle que M. WEILL et Melle BLAS ont présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 12 Octobre 1951, et dont voici l'essentiel :

OBSERVATION N° 4 -

Nicole B..... est admise dans notre service le 1er Septembre 1951 pour érythème noueux typique.

Depuis une quinzaine de jours l'enfant était fatiguée et se plaignait d'une inappétence qui avait augmenté durant la dernière semaine d'Août.

La température n'avait pas été prise.

Le 26 Août 1951 apparaissent les premiers éléments d'érythème noueux et la malade affirme n'avoir pris aucun médicament.



A l'examen du 1er Septembre on note :

- un érythème noueux typique constitué par 8 à 10 nouures  
siégeant sur la face antérieure de chaque tibia;
- de taille moyenne
- légèrement contusiformes
- douloureuses.

Dans le Scarpa on découvre un ganglion douloureux, empâté,  
de la taille d'une grosse olive, recouvert par une peau normale.

La température est à 38°5.

Il n'existe pas d'élément sur les avant-bras

Pas de ganglion retro-crural

Pas de splénomégalie

La dernière cuti-réaction à la tuberculine en Mai 1951  
était négative.

On en refait une nouvelle : négative

Une intradermo-réaction à 50 unités : négative

Une radio pulmonaire montre des ombres hilaires assez  
touffues, d'aspect banal.

Le père et la mère de l'enfant sont également venus consul-  
ter dans ce service pour des adénites.

Cette famille a recueilli depuis trois mois un jeune chat,  
très joueur, et tous les membres de la famille présentent des  
griffures multiples.

On pratique une intradermo-réaction avec l'antigène spécifique  
de M. REILLY.



Trois jours après, la cuti-réaction est fortement positive  
Nodule induré à 15 mm, cerné par une aréole érythémateuse  
de 30 mm.

Evolution -

La température baisse en quatre jours, mais reste cependant  
décalée entre 37° et 38°8.

- l'érythème nouveau disparaît en dix jours
- l'adénopathie crurale persiste, douloureuse
- la numération et la formule sanguine donnent :

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Globules rouges ..... | 4.900.000 |
| Globules blancs ..... | 13.800    |
| Hémoglobine .....     | 70 %      |
| P.N. ....             | 51 %      |
| P.E. ....             | 6 %       |
| Leucocytes .....      | 3 %       |
| Monocytes .....       | 4 %       |

L'enfant est mise à l'auréomycine qui est mal supportée, et  
l'on doit cesser au bout de cinq jours.

Le 22 Septembre : le ganglion devient indolore, plus mobile mais  
ne diminue pas de volume

Le 10 Octobre : nouvelle intradermo-réaction avec 50 unités de  
tuberculine : négative  
Nouvelle numération : normale.



Le père, la mère et la soeur de la malade ont été examinés.

Chez le père, on a constaté une adénopathie juxta-parotidienne succédant à une vésiculo-pustule de la région malaire.

L'intradermo-réaction à l'antigène spécifique est positive au bout de 48 heures, sous forme d'une papule de 20 mm, centrée sur une aréole de 25 mm.

Chez la mère, adénite sus-épitrochléenne

L'intradermo-réaction spécifique est positive au bout de trois jours, sous forme d'une papule de 20 mm de diamètre.

Chez la soeur, pas d'adénopathie.

L'intradermo-réaction spécifique est fortement positive.

Tous les membres de la famille présentent de nombreuses griffures de chat.

L'apparition presque simultanée de ces quatre cas souligne la fréquence des épidémies familiales comme l'on observé  
MM. MOLLARET ET REILLY.

L'évolution de ces différents cas fut bénigne.

Les antibiotiques, auréomycine chez les uns et terramycine chez les autres semblent avoir peu modifié l'évolution qui fût favorable chez tous.

Cette publication de M. J. WEILL était suivie de celle de M.A. IEYER et collaborateurs.

"Erythème noueux et lymphoréticulose bénigne d'inoculation avec adénopathie cervicale".



OBSERVATION N° 5 -

C'est pour une adénopathie cervicale froide et persistante associé à une poussée d'érythème noueux, que Mme IAN..... 28 ans, vendeuse en magasin, nous est adressée dans notre Service de l'Hôpital Boucicaut où elle entre le 25 Octobre 1954.

Cette adénopathie cervicale droite a débuté un mois auparavant à la fin ~~du~~ mois de septembre. Elle s'est développée à bas bruit, sans manifestation inflammatoire latente, et a atteint en une huitaine de jours son volume le plus important.

Après une série d'investigations apparemment demeurées négatives, Mme IAN..... traitée en ville s'est vue prescrire un traitement physiothérapique lorsqu'au cours même de ce traitement apparaît au milieu du mois d'Octobre une éruption nodulaire présentant tous les caractères d'un érythème noueux.

Ainsi est décidée une hospitalisation que tout semblait orienter vers un service de pneumo-phtisiologie.

On est alors en présence d'une jeune femme en bon état général, apyrétique, dont l'examen somatique révèle trois faits :

I°) l'adénopathie est constituée de trois à quatre ganglions de taille d'une grosse noix, assez bien limités, de consistance ferme, adhérents aux plans superficiels et profonds, un peu douloureux à la palpation, sans aucune zone de fluctuation.

Les téguments soulevés par cette adénopathie sont de coloration et de chaleur normales.



2°) une éruption siégeant sur les deux jarbes, symétrique en regard de la crête tibiale antérieure, faite de quatre à cinq nodosités ovalaires de 10 à 15mm de diamètre, de consistance ferme, nettement enchâssées dans le derme et l'hypoderme, un peu douloureux à la pression et dont la coloration varie de l'un à l'autre, allant du rose vif au rouge violacé.

3°) une ulcération endobuccale, arrondie, place, très superficielle, constituant plus d'une exulcération qu'une ulcération vraie, bien limitée, propre, mesurant 7 à 8 mm de diamètre et siégeant sur la gencive un peu en arrière de la dernière molaire inférieure droite.

Souple, indolore et ne saignant pas, cette ulcération semble d'apparition récente.

Un examen stomatologique pratiqué un mois auparavant à l'Hôpital Saint-Louis, à la recherche d'une cause endobuccale de cette adénopathie cervicale, n'avait pas vu cette ulcération.

Le reste de l'examen somatique est négatif.

La surface cutanée est indemne de toute lésion ou cicatrice

Aucune autre adénopathie n'est perceptible.

La rate et le foie ne sont ni palpables ni percutables.

L'interrogatoire ne retrouve aucune ingestion médicamenteuse, aucune intoxication alimentaire ou professionnelle qui puisse expliquer la survenue de cet érythème nouveau

Quant à l'état de la dernière cuti-réaction, dont le souvenir est bien estompé dans l'esprit de la malade, elle remonterait à 5 années et aurait été, pense-t-elle, négative.



Adénopathie subaigue de siège cervical, érythème noueux, ulcération endobuccale, telles sont les données cliniques qui ont conduit aux examens complémentaires.

Des réactions tuberculiniques sont pratiquées.

- une intradermo-réaction à l'I.P. 48-50 unités est positive avec une induration et un érythème de 6 mm de diamètre.

- une cuti-réaction est négative, cependant qu'un timbre tuberculinique sec (type Vollmer) à 10 unités est positif.

- la radiographie standard et les tomographies ne montrent aucune anomalie ganglio-pulmonaire.

- l'hémogramme est normal :

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Globules rouges .....  | 3.800.000 |
| Globules blancs .....  | 4.800     |
| Polynucléaires N. .... | 61 %      |
| Polynucléaires E. .... | 2 %       |
| Polynucléaires B. .... | 1 %       |
| Lymphocytes .....      | 15 %      |
| Moyens mononucléaires. | 13 %      |
| Monocytes .....        | 8 %       |

- Un nouvel examen stomatologique ne découvre aucune cause locale manifeste à l'ulcération endobuccale.

Les prélèvements faits à la surface sont histologiquement et bactériologiquement négatifs.

La ponction ganglionnaire ne ramène aucun produit pathologique.

Enfin, la réaction de FREI est négative.



La réaction de Paul et Bunnell ainsi que le Bordet-Wassermann sont également négatifs.

Par contre, l'intradermo-réaction à l'antigène spécifique de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation est fortement positive.

L'intensité de la réaction est telle, qu'elle ne permet pas de suspecter un autre diagnostic que celui de "maladie des griffures de chat actuellement en évolution".

L'interrogatoire retrouve alors l'existence auprès de la malade d'un chat, mais sans notion de griffures, même anciennes.

En 8 à 10 jours, l'érythème noueux a disparu après avoir décrit le cycle coloré qui lui est propre.

Les adénopathies regressent très lentement de façon à peine perceptible, sans modification de leurs caractères.

Le 25 Novembre 1954, la malade est envoyée à l'Hôpital Claude Bernard où elle est examinée par M. REILLY et TOURNIER que nous tenons à remercier ici.

Les auteurs pratiquent une nouvelle ponction à l'adénopathie ramenant un pus dont les caractères macroscopiques et biologiques confirment formellement le diagnostic de lymphoréticulose bénigne.

En résumé, il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, porteuse d'une volumineuse adénopathie subaigue de siège cervical droit, d'un érythème noueux typique et d'une ulcération gingivale localement inexplicable chez laquelle le diagnostic de lymphoréticulose bénigne d'inoculation a été porté sur la positivité extrême de l'intradermo-réaction à l'antiène spécifique et confirmé par



MM. REILLY et TOURNIER après examen du pus ganglionnaire retiré par ponction.

À propos de ces observations, M. J.A. ROUX a publié "un cas d'érythème nouveau dans la maladie des griffes de chat" que nous rapportons ici :

OBSERVATION N° 6 -

Daniel CL.... âgé de 6 ans  $\frac{1}{2}$  m'est amené le 8 Octobre 1952 pour une adénopathie axillaire gauche, douloureuse, évoluant depuis quatre à cinq jours, du volume d'une grosse noix.

À la radiographie pulmonaire, rien à signaler.

L'examen clinique n'offrait rien de plus si ce n'est à la pulpe du médius gauche, une croutelle minuscule du volume d'une tête d'épingle recouvrant un micro-abcès.

Il avait quitté récemment la campagne où deux jeunes chats vivaient en sa compagnie. L'aspect clinique évoquait la lymphoréticulose bénigne. Aussi évitais-je toute thérapeutique et après avoir fait une percutiréaction à la tuberculine, qui resta négative, je prévoyais une intradermo-réaction à l'antigène de la maladie des griffes de chat.

Cinq jours après, l'enfant était revu. Son ganglion était plus gros, plus douloureux, ramolli en un point, mais la ponction resta blanche, et je n'avais pas encore trouvé d'antigène.

Le 24 Octobre, soit une vingtaine de jours après le début, appelé par la famille, je ne fus pas peu surpris de découvrir



un érythème noueux typique avec une température à 38°5 et des douleurs rhumatoïdes qui empêchaient le lever. Bien entendu, je confessais mon erreur et j'affirmais la primo-infection tuberculeuse.

Pourtant, cet érythème noueux qui les jours suivants servira de démonstration pour les élèves d'une école d'infirmières, ne s'accompagna de fièvre que pendant vingt-quatre heures et une cuti-réaction, puis une intradermo-réaction à la tuberculine au 1/100ème s'avèrent négatives.

L'évolution des nouures, bien visibles encore le 10 Novembre, ne permettait aucune distinction avec l'érythème noueux que nous avons l'habitude de rencontrer.

Cependant, la tuberculose doit être formellement éliminée devant :

- une deuxième intradermo-réaction à la tuberculine au 1/100ème négative le 15 Novembre.
- une intradermo-réaction intensément positive à l'antigène de la maladie des griffes de chat (l'antigène nous a été obligeamment confié par le Pr. SOHIER).
- une ponction ganglionnaire le 29 Octobre qui retira le pus très fluide et bien lié assez caractéristique pour faire penser à cette maladie lors de la ponction.

M. DUBREUIL donne les résultats suivants :

"Pus compact désagrégé dans lequel on ne distingue que quelques polynucléaires, de rares lymphocytes, quelques hénaties et quelques débris cellulaires".



Pas de microbe à l'examen direct - pas de bacille de Koch malgré une longue recherche".

L'inoculation au cobaye n'a pas montré de tuberculose.

OBSERVATION N° 7 -

M. MARTIN C.L. et Melle MOULY présentèrent à leur tour, à la Société de Pédiatrie de Bordeaux, le 27 Janvier 1954, une observation sur "maladie des griffes de chat et érythème noueux", dont voici le cas résumé.

Jacqueline S.... 9 ans, admise dans le service du Dr. TRAISSAC pour érythème noueux attire notre attention par la présence d'un volumineux ganglion inguinal droit survenu depuis 10 jours à la suite d'une petite excoriation cutanée de la face externe de la jambe droite dont il persiste une cicatrice crôteuse.

Dans les antécédents de cette fillette, on note un virage de cuti-réaction découvert l'année précédente par dépistage scolaire. Une cuti-réaction à la tuberculine se révèle faiblement positive, et la radiographie thoracique normale.

L'intradermo-réaction pratiquée avec l'antigène de la lymphoréticulose bénigne donne naissance à une forte réaction locale persistant plusieurs jours et s'accompagnant d'une élévation thermique légère, mais nette sans réactivation de l'érythème.

Cette forte hyperergie nous permet, pensons-nous, de rattacher ce cas d'érythème noueux à la maladie des griffes de chat, malgré la primo-infection déjà ancienne de l'enfant.



OBSERVATION N° 8 -

"Un cas de forme oculaire de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation avec érythème noueux" publié par M. H.X. M/N à la Société d'Ophtalmologie de Paris, le 16 Janvier 1954.

La forme oculaire de la lymphoréticulose bénigne a été plusieurs fois signalée et publiée. Notre observation serait banale s'il n'existait pas un érythème noueux qui témoigne de l'aptitude de diffusion du virus dans l'économie et une intradermo-réaction spécifique encore positive trois ans après le début de la maladie témoignant ainsi, de la persistance de l'allergie que le virus confère à l'organisme.

IL s'agit d'une jeune femme, Mme A.M.... âgée de 18 ans à l'époque, qui, vers le début de Septembre 1950 se réveille avec son oeil droit plus fermé que le côté opposé.

Cette enflure s'est accentuée rapidement sans occasionner ni de malaise général ni de douleur locale pour déterminer une ptose complète de la paupière au bout de quatre à cinq jours environ.

De plus, s'est développée une tuméfaction préauriculaire.

Quand la malade vient consulter, on voit qu'il s'agit d'une adénopathie formée d'un ganglion unique de la forme d'une petite noisette dure, mobile, sous la peau, légèrement douloureuse à la pression.

Cette adénopathie n'était pas isolée.

Dans la région sous-maxillaire droite, le long de la jugulaire, homo-latérale, la palpation révèle d'autres ganglions plus petits.



mais ayant les mêmes caractéristiques.

- état général excellent

- autres aires ganglionnaires - foie et rate : rien à signaler

Les frottis conjonctivaux ne montrent pas de bacilles de Koch à la coloration de ZIEHL. Mais, présence de nombreuses cellules épithéliales plus ou moins altérées.

Devant ce complexe conjonctivo-ganglionnaire, plusieurs diagnostics se posaient :

- tuberculose primitive

- maladie de Nicolas FAVRE

- tularémie

- mycose

- syndrome conjonctival de Parinaud

Examen de laboratoire :

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| Formule sanguine : Globules rouges.... | 5.100.000 |
| Globules blancs....                    | 13.000    |
| Polyn. neutro.....                     | 61 %      |
| Polyn. eosino.....                     | 4 %       |
| Gds mononucl. ....                     | 12 %      |
| Pts mononucl. ....                     | 7 %       |
| Lympho. ....                           | 16 %      |

La cuti à la tuberculine était légèrement positive

La radio pulmonaire : normale.

Dans les jours suivants, température 38°5, courbatures, malaise général. Les adénopathies avaient augmenté de volume



surtout le ganglion prétragien mais on découvre au niveau du tiers inférieur de la face antérieure des deux jambes, 4 à 5 nodosités érythémateuses ayant tout l'aspect d'un érythème noueux et qui d'après la malade, sont apparues dans les premiers jours en même temps que l'adénopathie.

Le diagnostic de primo-infection tuberculeuse devait s'imposer s'il n'existoit pas cette petite note discordante apportée par les résultats de la cuti-réaction et ceux de l'examen histologique de la biopsie conjonctivale.

Les nodosités sous-cutanées disparaissent en une dizaine de jours, mais l'érythème cutané persiste beaucoup plus longtemps. La fièvre regressa, mais la température ne revint à la normale que longtemps après.

Les ganglions prétragiens et cervicaux disparurent en 2 mois; mais le diagnostic n'a été fait que rétrospectivement, la malade ayant été perdue de vue; lorsqu'il fut possible de la montrer au Pr. MOLLARET, on lui pratiqua une intradermo-réaction avec un antigène tyndallisé spécifique de la lymphoréticulose bénigne.

Au niveau de son avant-bras droit l'intradermo-réaction fut nettement positive et permis de "repêcher" un diagnostic erroné dix mois et demi après le début de la maladie, mais, ce qui reste intéressant, c'est que 3 ans après le début de la maladie, la malade conserve encore une intradermo-réaction positive.



Nous avons rassemblé dans le tableau ci-dessous les principaux cas avec leurs caractéristiques les plus importantes.

| <u>AUTEURS</u>       | <u>Age<br/>du<br/>malade</u> | <u>Localisation<br/>des<br/>adénopathies</u>         | <u>Caract. de<br/>l'éryth. n.</u>                 | <u>Durée<br/>de<br/>l'E.N.</u> | <u>Date<br/>d'apparition<br/>après<br/>l'adénop.</u> | <u>Cuti<br/>I.D.R.</u>                                     |
|----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| R.A. MARQUEZY<br>(1) | 10                           | inguinale<br>droite                                  | typique +<br>éléments<br>polymorphes              | 10 j.                          | 2 mois $\frac{1}{2}$                                 | Cuti -<br>IDR 10 <sup>u</sup> ..<br>IDR 50 <sup>u</sup> .. |
| R.A. MARQUEZY<br>(2) | 10                           | sus-épitro-<br>chléen<br>axillaire<br>droite         | nouures typ.<br>+ éléments<br>polymorphes         |                                | 8 jours                                              | Cuti -<br>IDR 50 <sup>u</sup> ..                           |
| R.A. MARQUEZY<br>(3) | 14                           | sous-maxil-<br>laire et<br>jugulo cer-<br>vicale dte | typique<br>aux<br>memb. inf.                      | 8 j.                           | 3 semaines                                           | Cuti -<br>IDR 50 <sup>u</sup> ..                           |
| J. WEILL<br>(4)      | ?                            | inguinale                                            | typique 8<br>à 10 nouures<br>face ant.<br>tibiais | 10 j.                          | 15 jours                                             | Cuti -                                                     |
| A. MEYER<br>(5)      | 28                           | cervicale                                            | typique<br>4/5 nodo-<br>sités<br>memb. inf.       | 12 j.                          | 1 mois                                               | Cuti -<br>IDR 50 <sup>u</sup> +                            |
| J.A. ROUX<br>(6)     | 6 $\frac{1}{2}$              | axillaire<br>gauche                                  | typique                                           | 15 j.                          | 20 jours                                             | Cuti -                                                     |
| C.L. MARTIN<br>(7)   | 9                            | inguinale<br>droite                                  | typique<br>aux<br>memb. inf.                      | ?                              | 10 jours                                             | Cuti +<br>-                                                |
| H.X. MAN<br>(8)      | 18                           | prétragien<br>sous-maxil-<br>laire droit             | typique<br>aux<br>memb. inf.                      | 10 j.                          | en même<br>temps                                     | Cuti +<br>-                                                |



## ASPECT GENERAL DE L'ERYTHEME NOUEUX AU COURS DE LA LYMPHORETICULOSE BENIGNE

Nous venons donc de passer sous revue les quelques cas de lymphoréticulose bénigne dont l'aspect clinique s'est résumé essentiellement par l'apparition d'un érythème noueux accompagné d'une adénopathie.

Dans tous les cas il s'agit d'un érythème noueux typique :

- tant par la localisation des nouures à la face antéro-interne de la jambe le long de la crête tibiale ou aux membres supérieurs à la face postérieure des avant-bras et des coudes
- que par l'aspect de ces nodosités dermo-épidermiques enchâssées dans la peau et mobiles avec elles, indolentes spontanément et douloureuses à la pression.

L'évolution se fait de même dans les délais habituels d'une dizaine de jours durant lesquels on signale deux ou trois poussées. De plus, chaque élément évolué séparément passant par toutes les teintes de l'écchymose et disparaissant sans jamais suppurer ni laisser de cicatrice.

Ces érythèmes pour la majorité, s'extériorisent après l'apparition de l'adénopathie dans des délais variables allant de trois semaines en moyenne à près de deux mois. Toutefois, il faut remarquer que ces délais ne sont pas toujours faciles à déterminer étant donné que l'adénopathie de la lymphoréticulose bénigne ne se développe souvent que progressivement.



Les différentes étiologies d'érythème noueux ont été recherchées

- tant du point de vue tuberculose

-ou cuti-réaction et intradermo-réaction se sont révélées  
négatives ou très faiblement positives

-les radios pulmonaires n'ont rien montré qui puissent évoquer  
une atteinte tuberculeuse

- que du point de vue d'autres étiologies

-intoxication médicamenteuse surtout au sulfathiazol

A propos de l'érythème noueux provoqué par le sulfathiazol, il est à remarquer que sa symptomatologie clinique n'est pas typique, en particulier que son apparition se fait précocément vers le 2ème jour de la prise du médicament et que l'éruption est d'une intensité variable et s'efface rapidement en quelques jours, voir quelques heures.

- ou streptococcie hémolytique

C'est ainsi en particulier qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. MARQUEZY à l'Hôpital Trousseau un cas d'érythème noueux où l'origine streptococcique pu être mise en évidence.

Il s'agissait d'un enfant âgé de 7 ans qui présentait un érythème noueux avec :

- température à 39°

- épistaxis

- angine érythémateuse accompagnée d'une adénopathie satellite

- quelques douleurs articulaires fugaces

Les examens de laboratoires montrent en particulier une vitesse de sédimentation à 95-132-140 - fibrine à 7,95 gr.

De plus, le malade a présenté une hématurie avec 20.000 hématies minute, albuminurie à 0,85%.

Enfin, fut découvert un très petit souffle systolique peu intense, très localisé, endoapexien.



La preuve de l'origine streptococcique, déjà orientée par le tableau clinique, fut faite par la recherche des antistreptolysines qui s'avérèrent augmentées.

On ne retrouve donc pas pour ces érythèmes noueux les étiologies habituelles ce qui ne donne que plus de valeur aux intradermo-réaction à l'antigène spécifique qui furent toutes très positives.

De plus, un fait important est à retenir, à savoir que cette intradermo-réaction spécifique a donné dans quatre cas des réactions focales au niveau de l'érythème noueux et en particulier dans un cas de M. MARQUEZY où l'intradermo-réaction s'est révélée très positive à la 72ème heure reproduisant une nouure qui persista longtemps.

Ainsi était prouvé qu'il ne s'agissait pas d'association fortuite mais bien qu'il existait une étroite corrélation entre l'érythème noueux et la maladie des griffes de chat.

Le problème étiologique de l'érythème noueux est donc posé à nouveau avec son apparition au cours de la lymphoréticulose bénigne.

Il est un fait bien établi : c'est que la tuberculose est de loin la cause la plus fréquente (95% selon certains auteurs : WALLGREN) moins pour d'autres (50 à 60 % en particulier pour SVEN - LOFGREN).

On relève comme argument en faveur de cette étiologie le pourcentage très élevé des cuti-réactions positives à la tuberculose - la notion de contamination - la notion de virage de cuti-réaction - la constatation si fréquente d'un foyer hilair de tuberculose initiale - la découverte d'en plus de la moitié des cas, du bacille de Koch dans le contenu gastrique.

L'existence de l'érythème noueux, tuberculeux, étant bien établi, toutes les discussions portent sur sa fréquence. A ceux qui considèrent cette étiologie comme exclusive, on oppose les cas d'érythème noueux dont les réactions cutanées à la tuberculine correctement étudiées restent négatives.



Toutes ces réserves étant faites, il n'en reste pas moins exacte qu'on rencontre d'authentiques érythèmes noueux en dehors de toute infection tuberculeuse.

On est alors amené à la suite de la plupart des dermatologistes comme MM. GOUGEROT et PAUTRIER et de nombreux pédiatres, à refuser à l'érythème noueux, toute spécificité étiologique.

Ces auteurs considèrent l'érythème noueux comme un syndrome non spécifique dont l'étiologie tuberculeuse est la plus fréquente mais qui peut-être en rapport avec d'autres maladies infectieuses, les infections à streptocoques hémolytiques par exemple.

C'est ainsi que certains auteurs comme MIESCHER pensent qu'un érythème noueux peut être dû à une addition de causes et que, le sulfathiazol peut agir de deux manières, soit comme catalyseur agissant sur les lésions pré-existantes de l'hypoderme n'ayant pas encore d'expression clinique, soit en provoquant des destructions bactériennes et donnant ainsi naissance à des réactions allergiques.

#### PATHOGENIE DE L'ERYTHEME NOUEUX -

Quelque soit la cause de l'érythème noueux, on a proposé pour expliquer la production de noueurs, plusieurs théories :

##### 1<sup>o</sup>) - Troubles vasomoteurs d'origine nerveuse

Cette conception fut autrefois proposée par EULENBURG et LANDOIS pensant que l'érythème noueux était produit par un trouble de l'innervation vasculaire.

2<sup>o</sup>) L'érythème noueux a été considéré comme un processus inflammatoire provoqué par une embolie bactérienne. BOHN - UNNA ont pensé il y a très longtemps, que des lésions vasculaires inflammatoires étaient la cause de l'éruption.



Un peu plus tard, PHILIPSON démontre l'importance de l'endophlébite et de la phlébite et pensa que ces lésions vasculaires étaient la conséquence d'une embolie bactérienne.

3°) L'érythème noueux est de plus en plus souvent considéré comme une manifestation d'allergie locale.

Des auteurs comme ERNBERG - WALLGREN pensent que l'érythème noueux est le résultat d'un conflit local entre un antigène (bacille ou toxine) et des anticorps. Cette conception reste valable pour n'importe quelle étiologie. En particulier, l'érythème noueux pourrait donc être considéré comme une réaction cutanée allergique à un antigène se manifestant au cours de l'évolution de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation.



## C O N C L U S I O N

Nous avons rassemblé dans cette thèse les quelques cas d'érythème noueux qui se sont manifestés au cours de l'évolution d'une lymphoréticulose bénigne d'inoculation.

La relative fréquence de cette association permet de penser qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, bien que l'érythème noueux semble évoluer pour son propre compte et se terminer dans les délais assez réguliers d'une dizaine de jours.

L'apparition d'un érythème noueux au milieu d'un tableau clinique constitué le plus souvent par une adénopathie, un fébricule, avec une vitesse de sédimentation augmentée aux environs de 50 pour la première heure, ne fait bien souvent qu'accentuer l'impression primitive que l'on avait d'une infection tuberculeuse.

Mais c'est au moment où les réactions tuberculiniques se montrent négatives ou faiblement positives et que les radios pulmonaires ne décèlent rien de pathologique que l'érythème noueux prend toute sa valeur, car il doit permettre alors d'évoquer le diagnostic de la lymphoréticulose bénigne.

L'intradermo-réaction à l'antigène spécifique de REILLY viendra en confirmer le diagnostic.

En conclusion, étant donné la rareté de l'érythème noueux survenant isolément au titre de maladie autonome, il nous semble intéressant de réserver une place à la lymphoréticulose bénigne



d'inoculation dans les étiologies des érythèmes noueux qui ne font pas d'emblée leurs preuves étiologiques.

Et nous ne pouvons mieux terminer cette thèse qu'en faisant nôtres les conclusions que M. MARQUEZY présentait à la suite de la publication de deux de ses observations :

"Devant tout érythème noueux, l'enquête biologique est indispensable et si les réactions tuberculiniques sont négatives ou même seulement légèrement positives, on devra toujours penser à la lymphoréticulose bénigne, ou rechercher la notion de griffes de chat, surtout en cas d'adénopathie périphérique et confirmer le diagnostic par une intradermo-réaction avec l'antigène spécifique ..... "

Vu : Le Président de Thèse  
(signé) CATHALA

Vu : le doyen  
(signé) BINET

Vu et permis d'imprimer :  
Le recteur de l'Académie de Paris  
(signé) SARRAILH



B I B L I O G R A P H I E

- I = MM. DEBRE R. - LAMY H. - Mlle JAMMET L. - MM. COSTIL et  
GIOZZICONNACCI P.  
"La maladie des griffes de chat"  
Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris  
n° 2 et n° 3 de 1950
- II = MM. MOLLARET P. - REILLY J. - BASTIN R. et TOURNIER P.  
"Sur une adénopathie régionale et spontanément curable avec  
intradermo-réaction et lésions ganglionnaires particulières"  
Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de  
Paris - Séance du 24 Mars 1950
- III = MM. R.A. MARQUEZY - Ch. BACH et BLAMOUTIER  
"Erythème noueux et lymphoréticulose bénigne d'inoculation  
(deux observations)  
Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de  
Paris - Séance du 3 Juin 1955
- IV = MM. MEYER A. - HESSE J.G. - TABARY J.C.  
"Erythème noueux et lymphoréticulose bénigne d'inoculation  
avec adénopathie cervicale"  
Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de  
Paris - Séance du 20 Mai 1955



- IV = MM. FONTAN - VERGER - MARTIN et VERIN  
"Sur un cas de lymphoréticulose bénigne d'inoculation"  
Société de Pédiatrie de Bordeaux - 13 Juin 1951
- V = MM. WEILL J. et Mlle BLAS Fr.  
"Erythème noueux et griffure du chat"  
Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris  
n° 1141 du 12 Octobre 1951
- VI = MM. THIERS H. et THIVOLET  
"Erythème noueux au cours de l'évolution d'une lymphoréticulose  
bénigne d'inoculation"  
Société de Dermatologie et de Syphiligraphie  
Réunion de Lyon du 7 Décembre 1951
- VII = MM. MOLLARET P. - REILLY J. - BASTIN R. et TOURNIER P.  
1) "Lymphoréticulose bénigne d'inoculation et démonstration de  
l'inoculabilité au singe"  
2) "Lymphoréticulose bénigne et d'inoculation et caractérisation du  
virus par sérologie et colorations"  
Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris  
n° 15 et n° 16 de 1951
- VIII = MM. R.A. MARQUZY - CH. BACH et GUIMBAUD  
"Erythème noueux et lymphoréticulose bénigne d'inoculation"  
Société de Pédiatrie du 29 Mai 1956.



- VIII = MM. WILLIAM ER. - CREER MD and CHESTER S. - KEEFER MD  
"Cat Scratch fever a discase entity"  
New England Journal of Medecine  
n° 15 de 1951 - pages 545/548
- IX = MM. ROUX J.A.  
"Un cas d'érythème noueux dans la maladie des griffes du chat"  
PEDIATRIE VII - 238/239 - 1952
- X = Jambon Bertrand - SALVAING et BARJON  
"Lymphoréticulose bénigne d'inoculation buccale"  
Bulletin de la Société des Sciences Médicales et Biologiques  
de Montpellier - 13 Juin 1952
- XI = MAN H.X.  
"Un cas de la forme oculaire de la lymphoréticulose bénigne  
d'inoculation avec érythème noueux"  
Société d'Ophtalmologie de Paris - 16 Janvier 1954
- XII = M. MARTIN Cl. et Mlle MOULY  
"Maladie des griffes du chat et érythème noueux"  
Société de Pédiatrie de Bordeaux - 27 Janvier 1954





